

【規格名（和名）】

処方情報 HL7FHIR 記述仕様

【規格名（英名）】

The FHIR-based specification of prescription data

【規格の目的（ユースケースを含む）】

医療関連施設間や医療機関と患者間での処方情報の電子的な相互運用に資することを目的とし、HL7 FHIR Ver.4.0.1 に基づいた形式で処方情報の記述仕様を示した文書である。処方箋に記述される処方情報は文書形式のデータの種類であり、FHIR における Bundle リソースのひとつのタイプである FHIR Document により記述する。そして、文書構成情報（Composition リソース）、患者情報（Patient リソース）、受診時状況情報（Encounter リソース）、保険情報や公費情報（Coverage リソース）、費用負担者（保険者等）情報（Organization リソース）、処方医療機関情報や処方診療科情報（Organization リソース）、処方医役割情報（PractitionerRole リソース）、処方医情報（Practitioner リソース）、処方指示情報（MedicationRequest リソース）、処方箋全体の指示、明細単位での備考記述（Communication リソース）から構成される。また、処方指示は、内服薬、外用薬、在宅自己注射、麻薬を対象とし、用法用量、投与開始日、投与日数、部位等を記述する。用法については詳細化し、内服用法（一日回数や服用タイミング指定等）と外用用法、頓用用法、均等分割用法と不均等分割用法、毎日と不定期（隔日、曜日、期間指定、指定日）、交互、漸増、漸減用法を記述できるようにした。調剤補足情報（一包化、別包、混合、粉碎、その他）の記述も可能としている。さらに、処方情報の運用に関係する、後発品変更可否、処方箋備考、残薬確認指示、分割投与指示の記述方法も参考までに

記述した。

ユースケースとしては、処方箋として交付され電子データとしてデータベース等に蓄積された情報を FHIR 準拠の記述データとして作成し、FHIR 規格対応のソフトウェアで処理することや FHIR データサーバに蓄積すること、処方情報作成システム（処方オーダシステム）や電子処方箋作成システムが作成した処方情報を FHIR 準拠の記述データとして作成し、別のシステムに伝送したり電子的な診療情報提供書や退院時サマリーに添付するときなどに使用することを想定している。

【規格の適応領域】

処方と実施に関する情報としては、1) 処方指示情報、2) 処方指示にもとづく調剤記録情報、3) 調剤された医薬品についての服用指示情報、4) 医療者による服薬実施情報と患者による服用実施記録情報などがあるが、本書では、1) の情報だけを扱う。2) から 4) の情報は異なる仕様として別に作成されることを想定している。

なお、申請時点では電子処方箋制度のなかでの電子処方箋データ形式として運用可能との実証はされていない。

【関連他標準との関係】

既存の「電子処方箋 CDA 記述仕様 第 1 版」や「JAHIS 電子処方箋実装ガイド Ver.1.1」等を参考に策定されている。前者は HELICS 指針や厚労省標準にはなっていない。本書は HL7FHIR R4 Ver.4.0.1 に基づいて策定した。

【規格の入手方法】

本申請時点では <https://std.jpffhir.jp/> よりダウンロード可能。HELICS 指針に採択された後は、日本医療情報学会標準のサイトからダウンロードできるようにする予定である。

【メンテナンス状況】

日本医療情報学会の NeXEHRs 研究会や標準策定・維持管理部会が関連団体からのメンバーとともに合同 WG を設置して必要に応じてメンテナンスを行う。

【現在の改版状況】

本書が初版である。